

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N° 607

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1899, à 1 heure

Par M. PAUL MARTY

Né à Castelnau-de-Lévis (Tarn), le 12 novembre 1876.

Des résultats éloignés de la Coxalgie

AU POINT DE VUE ORTHOPÉDIQUE

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

Président : M. PAUL BERGER, Professeur.

*Juges : MM. } REMY, Professeur.
 } THIERY et FAURE, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & BOYER

15 - Rue Racine - 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

667

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1899, à 1 heure

Par M. PAUL MARTY

Né à Castelnau-de-Lévis (Tarn), le 12 novembre 1876.

Des résultats éloignés de la Coxalgie

AU POINT DE VUE ORTHOPÉDIQUE

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

Président : M. PAUL BERGER, Professeur.

*Juges : MM. } REMY, Professeur.
 } THIERY et FAURE, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		HUTINEL.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		N...
Clinique médicale.....	}	CHANTEMESSE.
Maladies des enfants.....		POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....		JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.....	}	GRANCHER.
Clinique ophthalmologique.....		JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		FOURNIER.
Cliniques d'accouchements.....		RAYMOND.
		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
		PAÑAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES de la TOU-	MENÉTRIER.	WALICH.
BROCA (AUG.).	RETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SÉBILLEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERRY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES PARENTS
Qui ont pris soin de mon enfance

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR KURMISSON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Trousseau
Membre de la Société de Chirurgie
Directeur de « La Revue d'orthopédie »
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Professeur de clinique chirurgicale
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Président de la Société de chirurgie

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, d'exprimer tous nos remerciements à nos maîtres de la Faculté de médecine de Toulouse, qui nous ont guidé dans nos débuts. Nos hommages s'adressent particulièrement à M. le Dr Mossé, professeur de clinique médicale, et à MM. les Drs Chalot et Jeannel, professeurs de clinique chirurgicale.

Que MM. les Drs Crouillebois et Bonneau veuillent bien accepter nos remerciements pour l'amitié et les conseils qu'ils nous ont prodigués.

Nos maîtres de la Faculté de Paris ont aussi droit à nos hommages. Nous remercions surtout vivement M. le Dr Kirmisson, qui nous a appris et bien fait comprendre ce qu'était et devait être la clinique chirurgicale et particulièrement la chirurgie des enfants.

Un dernier remerciement est dû à M. le professeur Berger qui a bien voulu accepter la présidence de notre Thèse inaugurale.

PRÉFACE

Durant le cours d'une année entière passée dans le service de M. le Dr Kirmisson à l'Hôpital Trousseau, année pendant laquelle nous avons aussi suivi la consultation orthopédique de l'Hôtel-Dieu, une chose nous a frappé : la mauvaise fonction et la constance de sa cause, chez les très nombreux malades atteints de coxalgies anciennes, qui sont forcés de suppléer à la difficulté de la marche par des appareils orthopédiques. Aussi, sur les conseils de notre maître, avons-nous pris comme point de départ de notre Thèse inaugurale la discussion sur la coxalgie, qui eut lieu le 26 mai 1897, à la Société de Chirurgie, discussion suscitée par une communication de M. le Dr Ménard, de Berck.

Le point de départ exact de notre travail est la communication de M. Kirmisson sur l'immobilisation dans le début de la coxalgie. Mais, disons-le de suite, ce n'est pas de l'immobilisation simple dans la rectitude qu'il s'agit, mais bien de l'immobilisation dans l'abduction. Après avoir parlé de l'extension continue et de ses inconvénients (privation de mouvements, diffi-

culté plus grande des promenades au grand air, déformations et attitudes vicieuses consécutives aux lacs qui se desserrent), M. Kirmisson s'exprime ainsi :

« Pour toutes ces raisons, je rejette dans le traitement de la coxalgie au début, l'extension continue, pour donner la préférence à l'immobilisation rigoureuse que procure l'emploi des appareils plâtrés. Mais une question fort importante est celle de l'attitude à donner au membre. Autrefois je me contentais de placer le membre dans la rectitude, c'est-à-dire dans une position intermédiaire à l'abduction et à l'adduction, de sorte qu'une verticale abaissée de l'épine iliaque antérieure et supérieure, vint couper par leur partie moyenne la rotule et l'articulation tibio-tarsienne. Depuis quelques années, j'ai appliqué à la coxalgie le principe qui nous guide dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche, c'est-à-dire que je place le membre dans une position moyenne d'*abduction* suivant un angle de 25° à 30°, par exemple. Qu'on y réfléchisse en effet, et l'on se convaincra bientôt que l'adduction, c'est-à-dire la position que tend à prendre normalement la cuisse sur le bassin dans la coxalgie, constitue la source de tous les maux (1). »

C'est pour lutter contre les douleurs, l'usure réciproque des surfaces articulaires la partie postérieure et supérieure, la production des luxations qui se font presque toujours dans la fosse iliaque externe ; et, au point de vue orthopédique, les conséquences qui sont : l'ascension du bassin du côté malade et la rotation sui-

(1) Société de Chirurgie, 1897, page 394.

vant l'axe vertical faisant que l'épine iliaque antéro-supérieure du côté sain se place en avant de celle du côté malade, que nous préconisons cette attitude.

« En ayant soin de maintenir le membre dans une position moyenne d'*abduction* tous ces dangers sont évités ; il y a un emboîtement exact des surfaces articulaires qui s'oppose à l'usure réciproque des extrémités osseuses et à la production de la luxation et si même la suppuration vient à se produire, du moins n'aura-t-on pas à se préoccuper de la nécessité d'un redressement (1). »

A ces avantages nous en ajouterons d'autres, qui ne sont pas sans importance. Le malade tout en étant dans l'immobilisation la plus rigoureuse n'est point condamné à un repos constant. Il peut se tourner et retourner dans son lit, ce qui remédie un peu à la privation d'activité et de mouvement un peu pénible à cet âge, car dans la grande majorité des cas, c'est d'enfants qu'il s'agit. Et de plus cet enfant n'est-il point facilement tenu dans les bras de sa mère, facilement transporté sur une voiture au grand air ? Le traitement général indispensable dans le traitement de toute tuberculose se trouve de la sorte singulièrement facilité. Enfin un dernier avantage, plus matériel celui-là, mais pas à dédaigner dans la pratique, nous semble être la facilité très grande qu'a la famille de soigner le malade chez lui. La surveillance de l'appareil, une fois sec, ne demande en effet aucun soin spécial et n'a nullement besoin de médecin. Les parents se contentent de rame-

(1) *Ibidem.*

ner l'enfant tous les mois, par exemple, pour veiller aux abcès et à la solidité de l'appareil. L'extension continue, pour être bien faite, exige des visites plus rapprochées du médecin et le séjour à l'hôpital, si la famille n'est pas aisée.

Division du sujet. — Dans une première partie nous classerons les 90 observations qui servent à notre thèse et nous démontrerons par là la fréquence, on pourrait presque dire la constance de l'attitude du membre dans la flexion, l'*adduction* et la rotation en dedans. Nous ferons observer que c'est l'*adduction* plus encore que la flexion qui est la cause de la difficulté de la marche.

Nous diviserons nos observations en :

1^o Observations avec le membre dans l'extension simple ;

2^o Observations avec le membre dans la flexion simple ;

3^o Observations avec le membre dans l'abduction et rotation en dehors ;

4^o Observations avec le membre dans flexion, adduction, rotation en dedans.

5^o Enfin nous ferons un dernier groupe de deux cas de membre ballant.

La deuxième partie de notre travail sera consacrée à l'immobilisation dans l'abduction. Nous y donnerons cinq observations tendant à prouver l'efficacité de la méthode.

Une surtout est intéressante (n^o 5), à plusieurs égards : d'abord elle démontre nos assertions, et

ensuite c'est la seule observation de coxalgie traitée par M. Kirmisson qui, durant notre séjour à la consultation orthopédique, se soit présentée à notre examen. Nous ajouterons que depuis deux mois nous n'en avons pas vu non plus à la consultation orthopédique du jeudi à l'hôpital Trousseau, faite par notre maître et où nous revoyons la plupart de ses anciens malades ayant besoin d'appareils orthopédiques.

PREMIÈRE PARTIE

Résultats éloignés de la Coxalgie au point de vue orthopédique.

1° Membre dans l'extension simple.

Sur nos 90 observations nous n'avons pu réunir que 2 observations se rapportant à ce groupe.

La première concerne une femme de 38 ans, Félicie V..., rue Gaz-l'Aiguille. Le début de la coxalgie remonte à l'âge de 7 ans. L'enfant est soignée chez elle par l'immobilisation simple, dans un appareil à atelles. Pas d'autre traitement. La malade dit avoir gardé fort longtemps cet appareil sans pouvoir fixer une date même approximative. Guérison.

Traitement général.

A 17 ans, 4 abcès s'ouvrent spontanément.

En septembre 1898, la malade entre à l'hôpital Tenon pour un abcès qu'on ouvre. La malade ne sait si on a fait autre chose.

Le 16 mars 1899, il reste encore une suppuration abondante. Raccourcissement, 5 centimètres.

Jambe droite, 74.

Jambe gauche, 69.

Nous ne constatons ni flexion, ni rotation, ni abduction, pas de luxation. L'épine iliaque du côté malade est très légèrement surélevée.

Le second cas a trait à une coxalgie double.

La M..., femme de 27 ans. Nous trouvons le membre ankylosé dans l'extension simple à droite, à gauche dans l'abduction forcée.

2^e Membre dans la flexion simple

Deux cas seulement.

L'un a trait à une coxalgie gauche, traitée par la résection, et concerne une jeune fille de 13 ans, Juliette G..., rue Julien-Lacroix.

Sa coxalgie débuta à 8 ans. Résection. Raccourcissement, 9 centimètres.

Jambe droite, 75.

Jambe gauche, 66.

Le membre est ankylosé dans la flexion, sans abduction ni rotation. Inclinaison du bassin du côté sain.

L'autre concerne une femme de 25 ans, Lucienne D., rue des Amandiers. A 5 ans, la malade est atteinte d'une coxalgie droite suppurée. On voit encore la trace d'une fistule cicatrisée au côté externe de la cuisse.

Le membre est dans la flexion, sans adduction ni rotation.

Déjà dans ces deux observations nous avons constaté une fonction un peu mauvaise. Les malades marchaient avec une canne et une bottine spéciale. La deuxième surtout ne pouvait faire un pas sans cet appui.

3^e Membre dans l'abduction et la rotation en dehors.

Dans ce groupe nous avons recueilli trois observations.

La première concerne la coxalgie double dont nous avons parlé dans le groupe de l'extension simple. Le membre était dans la rectitude à droite, dans l'abduction forcée à gauche.

La deuxième a trait à un enfant de 8 ans, Paul C..., rue Jouvenet. Cet enfant, atteint d'une coxalgie droite, est guéri avec son membre considérablement fléchi et en abduction et rotation en dehors. On voit à la partie externe de la cuisse des cicatrices d'abcès. R : 13 centimètres.

La troisième a trait à une femme de 21 ans, Aurélie Lereb..., rue d'Astorg, dont le début de la coxalgie remonte à l'âge de 9 ans. Jamais d'abcès.

Raccourcissement, 5 centimètres.

Le membre est ankylosé dans l'abduction et la rotation en dehors.

Dans les trois observations nous avons noté une surélévation de l'épine iliaque du côté sain et un abaissement de celle du côté malade. Le raccourcissement est de la sorte un peu compensé. Nous n'avons pas

constaté de rotation du bassin autour d'un axe vertical. L'épine iliaque du côté sain est sur un même plan que celle du côté malade, mais elle est à un niveau plus élevé. Nous avons été frappé de la façon relativement bonne avec laquelle s'effectuait la marche, malgré de forts raccourcissements. L'inclinaison du bassin du côté malade l'explique.

*4^e Membre dans la flexion, adduction, rotation en dedans.
Luxation.*

Ici le lot des observations est autrement nombreux. Nous en avons en effet réunis 79 cas. Il serait superflu de les citer en détail. En effet, la question du raccourcissement et certaines déformations secondaires mises à part, la description de l'une reproduit à peu de chose près la description de l'autre. Partout nous voyons l'adduction déterminer une élévation du bassin du côté malade dont l'épine iliaque antéro-supérieure vient se mettre sur un plan postérieur à celle du côté sain, par suite de la rotation du bassin autour d'un axe vertical. Dans presque tous nos cas, la fonction s'accomplit avec grande difficulté, bien que parfois le raccourcissement ne soit pas très considérable.

Dans 15 de nos observations les malades étaient obligés d'avoir recours à une ou deux béquilles en plus de leur chaussure spéciale. Ajoutons que nous avons noté 15 fois la chose, mais que nous avons oublié de le faire bien des fois. Et que d'autres, qui sans recourir aux béquilles, avaient, avec des chaussures d'un poids

considérable et d'une hauteur exagérée, et malgré la canne qui leur servait de point d'appui, une fonction désastreuse.

C'est dans ce groupe d'observations, que nous avons constaté la luxation dans la fosse iliaque. Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de luxation autre (en bas par exemple). Nous l'avons observé 19 fois, du moins 19 fois où elle était manifeste. L'adduction, cela est évident, était fortement accentuée dans tous ces cas et la fonction d'autant plus mauvaise.

Enfin nous avons vu dans ce groupe deux déformations secondaires intéressantes; nouveaux méfaits de l'abduction.

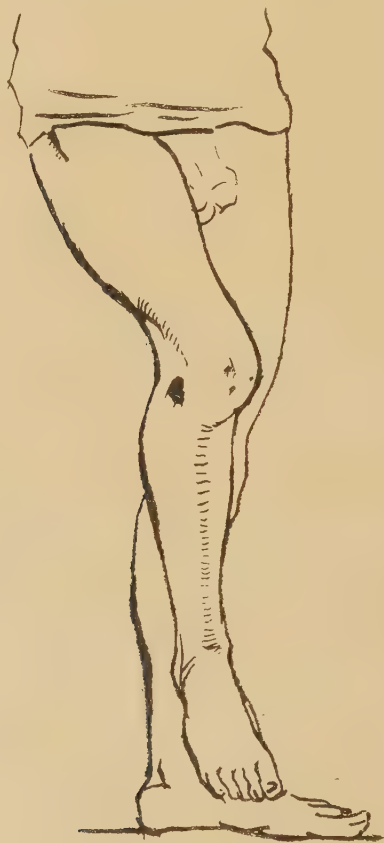
L'une d'elles est représentée par la figure 1. Elle a trait à un jeune homme de 19 ans, Auguste R..., guéri de sa coxalgie avec flexion et adduction considérables. Secondairement est survenu une subluxation des os de la jambe.

On constate une luxation complète de l'extrémité supérieure du péroné, en dehors et en haut. La tête péronière est marquée sur la figure par une tache noire. De plus il y a subluxation du plateau tibial en dehors.

L'étiologie de cette affection, donnée par le malade, est intéressante. Après la guérison apparente de sa coxalgie, pendant la marche, le malade, de par le fait de son adduction très marquée et du raccourcissement, appuyait la partie inférieure de son articulation du genou sur la cuisse du côté sain et de la sorte arrivait, dit-il, avec un tel point d'appui, à marcher sans béquilles. Ce n'est que lorsqu'il s'aperçut de la défor-

mation qu'il consentit à se servir de béquilles et la déformation est restée stationnaire depuis.

Mais pour corriger cette adduction et cette mauvaise position, le pied reposait sur son bord interne et se déviait en valgus, comme nous le voyons sur la figure.



Dans une autre observation qu'il nous a été impossible de prendre en détail, n'ayant pu voir le malade,

nous trouvons la flexion, l'adduction et la rotation en dedans associées à un genu recurvatum du côté opposé.

Nous n'avons pas donné dans ce groupe l'étendue du raccourcissement, réservant cette étude pour un paragraphe spécial.

5° Membre balant.

Dans un dernier groupe, nous rangerons deux observations où le membre est balant et se déplace en tous sens.

Les deux malades ont subi la résection de la hanche.

Le premier, Eugène P..., rue des Montibœufs, a un raccourcissement de 15 centimètres. Le membre inférieur droit bat comme un fléau.

Le deuxième, Anna B..., cité Germain-Pilon, eut sa hanche gauche réséquée à l'âge de quatre ans. Le raccourcissement atteint 17 centimètres.

Jambe droite, 79.

Jambe gauche, 62.

Ces deux malades ne peuvent évidemment marcher qu'avec des béquilles et une chaussure spéciale.

Etendue du raccourcissement.

Les 73 cas que nous avons mesurés nous ont donné les résultats suivants :

Nombre de centimètres de raccourcis.	Nombre de cas.
0.	1
1.	0
2.	3
3.	1
4.	4
5.	7
6.	7
7.	12
8.	7
9.	8
10.	7
11.	4
12.	2
13.	2
14.	2
15.	1
16.	0
17.	1
20.	2
21.	1

Nous voyons d'après ces quelques chiffres que le raccourcissement est assez considérable puisque le

plus grand nombre de cas se trouve compris entre 6 et 10 centimètres.

Mais on se tromperait beaucoup si on croyait que ce raccourcissement réel est celui que les malades ont à compenser une fois debout, pendant la marche. Par suite de l'ascension du bassin du côté raccourci, ascension liée à l'adduction, le raccourcissement se trouve singulièrement accru de 2, 3 4, et 5 centimètres. Il faut bien avoir ce fait présent à l'esprit, quand il s'agit de leur prescrire des chaussures surélevées. Pour prendre quelques exemples nous voyons dans trois observations les membres mesurer successivement :

67 et 81	=	4 c.	de raccourcissement réel.	
60 et 67	=	7 c.		— —
62 et 79	=	7 c.		— —
66 et 82	=	6 c.	de raccourcissement fonctionnel.	
58 et 70	=	12 c.		— —
61 et 72	=	11 c.		— —

Le contraire a lieu dans l'abduction. Le bassin s'incline du côté de l'abduction et compense ainsi une partie du raccourcissement. On s'explique ainsi la bonté de la fonction malgré des raccourcissements énormes (13 centimètres), chez des malades guéris dans cette position.

Nos assertions du début de notre travail nous semblent suffisamment prouvées, c'est-à-dire la rareté de la flexion et de l'extension simples, de l'abduction avec rotation en dehors et la fréquence, on pourrait presque dire la constance de la flexion associée à l'adduction

et à la rotation en dedans ; la mauvaise fonction chez les malades qui font partie de ce dernier groupe. La première partie de notre travail est terminée. Nous allons passer aux déductions thérapeutiques : au traitement par l'immobilisation dans l'abduction.

DEUXIÈME PARTIE

Déductions Thérapeutiques.

IMMOBILISATION DANS L'ABDUCTION.

Aperçu historique du traitement de la Coxalgie. — Nous venons de voir les résultats éloignés presque constants et malheureusement trop souvent mauvais de la coxalgie. Quel traitement opposer à l'invasion d'une affection si fréquente et si grave tant au point de vue de la mortalité qu'au point de vue orthopédique.

Un historique complet de la question en serait fort long et parfaitement inutile. Aussi serons-nous bref sur les différentes méthodes qui ont été tour à tour en honneur ; nous insisterons sur celle qui fait le fond de notre sujet : l'immobilisation dans l'abduction ; notre but n'étant point de faire une critique des autres traitements, mais d'en exposer un qui nous paraît devoir donner de bons résultats.

Nous passons sur la méthode révulsive et sur toute une période de véritable chaos où se trouvait la question

du traitement de la coxalgie. Il faut arriver à Bonnet, de Lyon, en 1845, pour voir poser les bases d'un traitement rationnel (1).

On peut grouper les différents traitements de la façon suivante :

1^o *Méthodes conservatrices.* — Immobilisation simple obtenue avec des appareils divers, dextrinés (Velpeau), silicatés (Verneuil), plâtrés. (Chirurgiens actuels).

2^o Extension continue, déjà conseillée en 1835, par Le Sauvage (2), méthode dont le développement se fait rapidement en Amérique d'abord, avec Harris, Davis, Sayre et Baurer. On va même jusqu'à construire des appareils permettant la marche, méthode fort préconisée en France par le professeur Lefort, et bientôt abandonnée.

Les appareils qui réalisent l'extension continue sont très nombreux, un surtout a acquis avec raison la faveur du monde médical : celui de M. le professeur Lannelongue.

3^o *Méthodes sanglantes.* — *Réssection hâtive de la hanche*, c'est-à-dire avant l'apparition de la suppuration, à peu près complètement abandonnée aujourd'hui en France. White (de Manchester), la proposa le premier. Discréditée jusqu'en 1845, grâce à Fergusson, elle retrouve en Allemagne et en Amérique un nouveau moment de vogue. En France on y reste rebelle et malgré Bœkel

(1) Bonnet. *Traité des maladies des articulations*, t. II, p. 320, 1845.

(2) Le Sauvage. *Mémoire sur les luxations spontanées du fémur*, Archives générales de médecine, 1835, deuxième série, p. 280.

et Ollier, en 1869, dans une Thèse de Paris, Good, élève de Lefort, ne trouvait que 13 résections appartenant à des chirurgiens de Paris. Le discrédit règne encore, et on compte les chirurgiens qui en restent partisans. En Allemagne, cependant, cette opération garde un peu de son ancien prestige.

4^e Résection tardive. — Elle ne reste qu'une méthode de nécessité lorsqu'une suppuration inaltérable a détruit la cavité cotyloïde et la tête fémorale, et menace les jours du malade. Une statistique faite à l'hôpital Alexandra à Londres (où on ne traite que des tubercules locales), a en effet prouvé la supériorité de l'expectation, même dans les cas de suppuration abondante.

Sur 401 cas traités de 1867 à 1879, 384 ont été traités par le repos, l'extension, l'ouverture simple des abcès. Or tandis que la mortalité a été de 40 p. 100 dans les cas traités par la résection, elle n'a pas dépassé 35,5 dans ceux traités par l'expectation (1).

Immobilisation à l'aide d'appareils plâtrés avec le membre dans une position moyenne d'abduction. — Tout le monde est aujourd'hui d'accord pour reconnaître la supériorité de la méthode conservatrice, dans le début de la coxalgie. Les opinions ne diffèrent que sur les moyens à employer.

Pour ce qui concerne l'immobilisation simple, sans extension, la méthode est déjà ancienne. C'est pour la

(1) Nous nous sommes inspirés, dans la division des traitements de la coxalgie, jusqu'au renvoi, du *Traité de Chirurgie*, de 1882, t. VIII, page 897.

réaliser que Bonnet fit construire sa gouttière qui rend encore des services dans la pratique journalière hors des hôpitaux, et que Velpeau et Verneuil appliquaient leurs appareils dextrinés ou silicatés, que les chirurgiens actuels remplacent par les appareils plâtrés dont les avantages sont trop connus pour qu'il soit besoin de les énumérer.

Nous avons consulté quelques autres travaux énumérés à la fin de notre thèse, nulle part nous n'avons trouvé signalée la position du membre dans l'abduction.

Dans tous ces appareils nous voyons le membre malade placé dans l'attitude normale du membre inférieur au repos, c'est-à-dire dans une position moyenne d'abduction et d'adduction, de sorte qu'une verticale abaissée de l'épine iliaque antérieure et supérieure vint couper par leur partie moyenne la rotule et l'articulation tibio-tarsienne. Après avoir consulté le long et très documenté article que MM. Mathieu et Strauss ont consacré à la coxalgie, dans le *Dictionnaire Encyclopédique*, de M. Valette, dans le *Dictionnaire de M. Jacrod* et un certain nombre de thèses sur le *Traitement de la Coxalgie*, nous n'avons pas vue notée la position qui fait le sujet de la deuxième partie de notre travail. Nous pouvons donc, jusqu'à plus ample information, considérer la méthode comme appartenant à M. Kirrison.

Description de l'appareil. — Les pièces nécessaires à la confection de l'appareil sont : du coton en assez grande quantité, des bandes plâtrées et une petite atelle métallique.

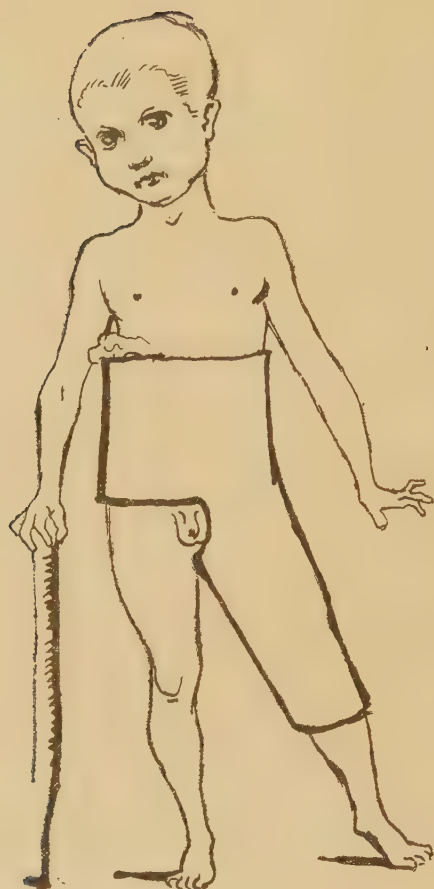
Le but étant d'immobiliser le bassin et la cuisse, nous avons l'habitude de faire commencer l'appareil au voisinage de l'appendice xiphoïde et de le terminer à 5 ou 6 travers de doigts au dessous de l'articulation du genou. Le malade étant, pour la commodité de la chose, placé sur le pelvi-support, un aide est chargé de tenir le pied et la jambe dans l'abduction, en exerçant une légère extension pendant la confection de l'appareil et jusqu'à la dessiccation complète du plâtre.

On entoure la région à immobiliser d'une très épaisse couche d'ouate pour prévenir les blessures de l'appareil. Il va de soi que s'il existe une petite ouverture d'abcès, on y fait au préalable un pansement antiseptique.

Il reste alors à appliquer les bandes et à placer perpendiculairement au pli de l'aîne, l'atelle métallique pour prévenir la flexion. Nous commençons à appliquer les bandes par l'extrémité supérieure, c'est-à-dire par le thorax, il est plus facile de mouler de la sorte le pli de l'aîne. Lorsqu'on a appliqué deux ou trois bandes suivant, la taille du malade, on place l'atelle au pli de l'aîne, et on achève, en la recouvrant, de donner à l'appareil la solidité nécessaire. Il nous serait difficile de donner le nombre de bandes plâtrées nécessaires à la solidité de l'appareil, ce nombre variant évidemment avec l'âge des malades.

L'aide qui exerce l'extension dans l'abduction n'a plus qu'à attendre la dessiccation de l'appareil.

La figure 2, ci-jointe, montre mieux que toute explication, comment doit être l'appareil et dans quelle position doit se trouver le membre.



L'enfant doit garder cet appareil très longtemps. sans fixer de date exacte, nous pouvons dire que deux ans sont le minimum indispensable. Il faut à tout prix rejeter les demi-mesures et se méfier des prétendues guérisons en 12 mois, qui ne sont qu'apparentes. On pourra refaire l'appareil tous les trois ou quatre mois par exemple, suivant les soins qu'on en aura pris.

OBSERVATIONS.

A l'appui de la méthode, nous donnons cinq observations. Sans doute, dira-t-on, le nombre en est restreint, la raison en est dans le très petit nombre de malades qui reviennent à la consultation de l'Hôtel-Dieu ou de Trousseau, atteints de la coxalgie ancienne, traités par ce procédé.

OBSERVATION I (*due à l'obligeance de M. le Dr Kirmisson*).

Coxalgie gauche ancienne traitée dès le début par l'immobilisation dans l'abduction. — Membre dans l'extension simple. — Pas de rotation, pas d'adduction. — 7 ans après.

Jeanne V... 11 ans, rue des Batignolles. Cet enfant est atteinte d'une coxalgie ancienne du côté gauche dont le début remonte à l'âge de 5 ans.

Le 11 octobre 1892 l'enfant se présente à la consultation de l'hospice des Enfants Assistés. Elle se plaint de douleurs dans la cuisse et le genou, et de difficulté dans la marche. A l'examen on constate de l'ensellure du côté gauche, l'épine iliaque antéro-

supérieure du même côté est abaissée, de même le pli fessier. Les mouvements de flexion et d'abduction sont limités. La percussion du talon et du grand trochanter provoque de la douleur dans la cuisse. L'enfant se plaint aussi de douleurs spontanées dans le genou. A la vue il semble qu'il y ait allongement du membre, la mensuration ne fait point constater cet allongement. Le début par des douleurs au genou remonte à deux mois, en août 1892.

Antécédents héréditaires : Néant.

Antécédents personnels : Néant.

13 octobre 1892. — Immobilisation du bassin et de la hanche dans l'abduction à l'aide d'un appareil plâtré.

31 janvier 1893. — L'appareil est enlevé. L'état est très satisfaisant. Il persiste de la limitation des mouvements et un peu de douleur.

29 juin 1893. — L'enfant est revue et nous constatons que l'attitude du membre ne laisse rien à désirer. Les 2 membres sont parallèles et de même longueur. Amplitude considérable des mouvements de la hanche. Il existe seulement un peu de limitation du mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin. Légère douleur à la percussion de la cuisse et du grand trochanter.

26 octobre 1893. — L'attitude du membre est normale. Pas de raccourcissement. Aucune menace de suppuration. On renouvelle l'appareil.

13 février 1894. — L'état général et local est très satisfaisant. Application d'un nouvel appareil plâtré.

1^{er} mai 1894. — On enlève l'appareil et on permet à la malade de commencer à marcher à l'aide de béquilles.

16 juin 1894. — L'attitude du membre est parfaite. Même longueur des deux côtés, 61 centimètres. Les mouvements de flexion et d'abduction sont très étendus. Guérison presque complète n'était l'empâtement de la fosse iliaque du côté gauche.

5 septembre 1894. — L'état local est très satisfaisant à part un peu de limitation des mouvements de flexion.

9 avril 1895. — Etat général excellent. Son état local est parfait. La seule trace de la coxalgie est un peu de limitation des mouvements de flexion et d'abduction.

En 1898 l'enfant entre au service de M. Kirmisson à l'hôpital Trousseau pour une autre affection. Le membre gauche a conservé sa position normale, pas de flexion, ni d'adduction, ni de rotation. Fonction parfaite.

OBSERVATION II (*due à M. Kirmisson*).

Coxalgie ancienne du côté droit. — Guérison dans l'abduction et l'extension. — Légère ascension du grand trochanter. — 4 ans après le début.

Hippolyte B..., 7 ans et demi, rue des Oiseaux (Malakoff).

Le début de sa coxalgie remonte à l'âge de 4 ans où le 7 septembre 1895 il se présente à la consultation de M. Kirmisson aux Enfants-Assistés.

Antécédents héréditaires. — La mère a eu trois enfants venus avant terme et morts (6-7-8 mois). Névropathe. Un autre enfant bien portant.

Le père a eu une hémoptysie et toussé depuis longtemps.

Antécédents personnels. — Le 20 octobre dernier, c'est-à-dire en 1894, l'enfant qui nous est présenté a eu une bronchite et c'est à la suite de cette bronchite qu'il a commencé à souffrir de la cuisse droite.

Examen. — Le membre droit est en flexion légère avec abduction et rotation en dehors. Ganglions engorgés dans la fosse iliaque externe. L'enfant, dit la mère, souffre beaucoup la nuit.

On applique un appareil plâtré immobilisant le bassin et la hanche dans l'abduction.

12 mai 1897. — L'enfant revient à la consultation.

Le membre est dans une position de demi-flexion associée à l'abduction. De plus on constate un abcès à la partie supérieure et externe de la cuisse.

Le 1^{er} mai l'enfant est chloroformisé. On fait la ponction de son abcès, on injecte 10 grammes d'éther iodoformé dans la cavité purulente et on remet l'enfant dans un appareil plâtré.

28 juin 1899. — L'enfant est revu à l'hôpital Trousseau. L'état général et local est excellent. Le membre est encore dans l'abduction et l'extension. De son abcès il ne reste qu'un point à peine perceptible. Le grand trochanter du côté droit est légèrement surélevé.

Raccourcissement 2 centimètres.

57 à gauche.

55 à droite.

Fonction parfaite.

OBSERVATION III (*due à M. Kirmisson*).

Coxalgie ancienne suppurée du côté droit. — Guérison dans l'extension simple. — Très léger raccourcissement. — 4 ans après le début.

Camille G..., rue des Blancs-Manteaux, 10 ans.

La coxalgie a débuté il y a quatre ans, en 1895. L'enfant est soigné aux Enfants-Malades. Guérison apparente. Mais un an après en 1896 survient une poussée nouvelle, et l'enfant se présente le 9 mai 1896 à la consultation des Enfants-Assistés.

À l'examen on constate une flexion de la cuisse sur le bassin de 130°. Empatement ganglionnaire dans la fosse iliaque droite. Mouvements de flexion et d'abduction très limités.

14 mai 1896. — Chloroformisation. — Redressement lent et graduel et immobilisation dans un appareil plâtré.

L'enfant garde son appareil pendant deux ans. Au bout de un an et demi, on l'autorise à marcher avec des béquilles, mais en gardant son appareil.

1898. — L'enfant se présente à l'hôpital Trousseau pour se faire enlever l'appareil.

Le résultat est excellent. Le membre est dans l'extension simple sans abduction, ni adduction et sans rotation. Le raccourcissement est léger.

Fonction excellente.

OBSERVATION IV.

Coxalgie ancienne du côté droit. — Guérison dans l'extension simple. — Deux ans après le début.

Frédéric G..., rue du Mont-Blanc, 7 ans 1/2. Le début de son affection remonte à avril 1897. — Lorsque le 3 juin l'enfant ayant 5 ans 1/2 est présenté à la consultation des Enfants-Assistés, on constate que le membre inférieur droit est dans une position de demi-flexion associée à l'abduction et à la rotation en dehors. — La flexion est très apparente parce qu'il ne s'est pas encore formé d'ensellure compensatrice.

Il y a trois semaines que l'enfant ne marche plus.

10 juin. -- Chloroformisation. — Redressement graduel par des mouvements lents. Le membre est immobilisé dans l'abduction.

1899. — L'enfant se présente à l'hôpital Trousseau, on enlève l'appareil. Le membre est dans sa position normale, pas d'adduction, ni de flexion.

Bonne fonction.

OBSERVATION V (*Personnelle*).

Coxalgie ancienne du côté droit. — Immobilisation dans l'abduction. — Ablation de l'appareil au bout d'un an. Flexion et adduction. — Redressement; nouvel appareil plâtré. — Guérison dans l'extension simple avec tendance à la rotation en dehors. — Quatre ans et demi après le début.

Georges M..., avenue Malakoff, 10 ans 1/2. Son affection débute à l'âge de 6 ans, en 1895. — L'enfant est conduit aux Enfants-Assistés. — Immobilisation dans l'abduction pendant un an.

28 janvier 1896. — L'enfant est ramené aux Enfants-Assistés. Le raccourcissement s'élève à trois centimètres seulement. Il s'y joint un degré très marqué de rotation en dehors avec légère abduction. La région de la hanche présente de l'empâtement, mais il n'y a pas de trace d'abcès.

Le malade est alors envoyé à Berck. On enlève tout appareil pour ne s'occuper que du traitement général.

Bientôt l'enfant claudique plus qu'à son arrivée au bord de la mer et sa jambe se dévie.

Nous avons insisté auprès des parents pour savoir comment s'est produite cette déviation. Et ils nous ont indiqué nettement la flexion et l'adduction progressives.

On reconduit l'enfant aux Enfants-Assistés, où on opère le redressement de son membre.

Actuellement, en 1899, le membre présente quatre centimètres de raccourcissement.

Jambe gauche, 66.

Jambe droite, 62.

Nous ne constatons ni de flexion, ni d'adduction.

Le membre a une légère tendance à la rotation en dehors.
Légère élévation de l'épine iliaque malade.

L'atrophie est à peine visible et son état général est excellent.

Cette observation est la seule que nous ayons pu recueillir parmi nos 90 où le malade ait été traité par la méthode que nous préconisons.

Une fois de plus, elle montre la tendance presque invincible à l'adduction et la nécessité d'une immobilisation très longtemps prolongée.

Sans vouloir préjuger en rien du peu d'observations que nous avons pu recueillir faute de revoir les anciens malades des Enfants-Assistés, il nous semble que les résultats que nous venons de signaler suffisent pour que la méthode soit prise en sérieuse considération. Notre santé un peu atteinte nous a empêché de rechercher plus longtemps de nouveaux documents et de fournir un appui plus solide à l'immobilisation dans l'abduction au début de la coxalgie. Nous le regrettons vivement.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail, il nous a paru se dégager les conclusions suivantes :

1° Dans les résultats éloignés de la coxalgie au point de vue orthopédique, la position du membre dans l'abduction est très rare.

2° En général, le membre est placé dans l'adduction avec flexion et rotation en dedans.

3° Quand la flexion existe seule ou associée à un léger degré d'abduction, la fonction est généralement bonne ou toujours meilleure que dans l'adduction. Quant au contraire elle est associée à l'adduction elle devient très mauvaise.

4° L'immobilisation dans l'abduction au début de la coxalgie nous paraît devoir donner d'excellents résultats.

5° Il est de toute nécessité de continuer très long-

temps l'immobilisation pour vaincre la tendance presque invincible à l'adduction.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,
PAUL BERGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Symptômes et traitement de la Coxalgie. Savidan. Thèse de Paris, 1850, n° 193.
- Etude clinique de la Coxalgie observée chez les adolescents. Gibert. Thèse de Paris, 1859, n° 263.
- De la Résection de l'articulation coxo-fémorale dans la Coxalgie. Bazire. Thèse de Paris, 1869, n° 59.
- Traitement de la Coxalgie. Boujé. Thèse de Paris, 1867, n° 157.
- Coxalgie. Traitement par l'extension continue. Thèse de Paris, 1878. Armand Jules, n° 38.
- Coxalgie. Traitement par les appareils plâtrés. Evesque, François. Thèse Paris, 1881, n° 172.
- BONNET. — Traité des maladies des articulations. t. II, page 320, 1845.
- LE SAUVAGE. — Mémoire sur les luxations spontanées du fémur. Archives Générales de Médecine, 1835, 2^e série, page 280.
- DUPLAY ET RECLUS. — Traité de Chirurgie, t. VIII, page 897, 1882.
- MATHIEU ET STRAUSS. — Article sur la Coxalgie dans le Dictionnaire Encyclopédique.
- VALETTE. — Article Coxalgie du Dictionnaire de M. Jaccoud.
- MÉNARD (de Berck). — La Coxalgie Tuberculeuse. *Volume de la Société de Chirurgie de 1897*, p. 274 et 394.
- LANNELONGUE. — Coxo-tuberculose.

